

## FICHE DE RENSEIGNEMENT

**Cocher la case correspondante au(x) lieu(x) d'accueil de(s) enfant(s)**

- l'ALSH Les Diablotin (Lioujas)       l'ALSH Baba o'Mômes (Bozouls)  
 l'ALSH Périscolaire (Bezannes)       l'ALSH Périscolaire (Gabriac)       Groupe Jeunes (12-17 ans) (Bozouls)

### RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal :  Père  Mère  Tuteur/Tutrice  Famille d'accueil

**MONSIEUR** NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ @ e-mail \_\_\_\_\_

CP/VILLE \_\_\_\_\_  portable \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  travail \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**MADAME** NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ @ e-mail \_\_\_\_\_

CP/VILLE \_\_\_\_\_  portable \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  travail \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

➔ Préciser l'adresse de facturation si différente de celle du responsable : \_\_\_\_\_

**N° C.A.F. ou M.S.A. :** \_\_\_\_\_ **Quotient familial :** \_\_\_\_\_

(sans ce numéro, nous ne pourrons pas vous faire bénéficier de l'aide accordée aux allocataires C.A.F. ou M.S.A.)

Si vous disposez de pass C.A.F. ou M.S.A. les télécharger dans la rubrique prévue à cet effet dans votre Espace Famille afin de bénéficier des aides octroyées (pour la caf justificatif du QF de Janvier de l'année en cours).

### REFERENCES DE(S) L'ENFANT(S)

**ENFANT N°1** NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

#### Santé :

Date du dernier rappel D.T.P. : \_\_\_\_\_  Atteste que mon enfant est à jour des 13 vaccins obligatoires

Allergie(s) :  Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire  Autres : \_\_\_\_\_

Descriptif du protocole: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t'il un **P**rojet d'**A**ccueil **I**ndividualisé (PAI) alimentaire / éducatif / médical  Oui  Non

Votre enfant perçoit t'il l'AEEH (**A**llocation d'**E**ducation de l'**E**nfant **H**andicapé)  Oui  Non

**ENFANT N°2** NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

#### Santé :

Date du dernier rappel D.T.P. : \_\_\_\_\_  Atteste que mon enfant est à jour des 13 vaccins obligatoires

Allergie(s) :  Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire  Autres : \_\_\_\_\_

Descriptif du protocole: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t'il un **P**rojet d'**A**ccueil **I**ndividualisé (PAI) alimentaire / éducatif / médical  Oui  Non

Votre enfant perçoit t'il l'AEEH (**A**llocation d'**E**ducation de l'**E**nfant **H**andicapé)  Oui  Non

**ENFANT N°3** NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

#### Santé :

Date du dernier rappel D.T.P. : \_\_\_\_\_  Atteste que mon enfant est à jour des 13 vaccins obligatoires

Allergie(s) :  Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire  Autres : \_\_\_\_\_

Descriptif du protocole: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t'il un **P**rojet d'**A**ccueil **I**ndividualisé (PAI) alimentaire / éducatif / médical  Oui  Non

Votre enfant perçoit t'il l'AEEH (**A**llocation d'**E**ducation de l'**E**nfant **H**andicapé)  Oui  Non

## AUTORISATION PARENTALE et ASSURANCES

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de(s) enfant(s):

### SANTÉ

autorise le Centre Social et d'Initiative Bozouls CLT et l'ALSH Péri & Extra scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (appel des pompiers, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant / mes enfants.

### DROIT À L'IMAGE

autorise le Centre Social et d'Initiative Bozouls CLT et l'ALSH Péri & Extra scolaire à utiliser tout support (audio, vidéo, photo) réalisé lors des activités auxquelles participent mon enfant / mes enfants dans le cadre de la promotion du Centre Social Bozouls Comtal et/ou de l'ALSH Baba o' Mômes (presse, site internet, exposition...).

Refuse le Droit à l'Image.

### ALIMENTAIRE & TRANSPORTS

autorise mon enfant / mes enfants à consommer toute préparation culinaire confectionnée par les familles ou les enfants dans le cadre de l'ALSH Péri & Extra scolaire

autorise mon enfant / mes enfants à prendre les transports organisés et nécessaires pour les activités.

### ASSURANCES

atteste avoir pour mon enfant / mes enfants des assurances de type:

Extra Scolaire N° Contrat \_\_\_\_\_ souscrite auprès de la compagnie \_\_\_\_\_

Responsabilité civile N° Contrat \_\_\_\_\_ souscrite auprès de la compagnie \_\_\_\_\_

***Pour rappel ces 2 assurances sont obligatoires pour participer aux activités des l'Accueils de Loisirs !***

## CONDITIONS DE SORTIE PARTICULIÈRES

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Père, Mère, Tuteur <sup>1</sup>

autorise mon enfant / mes enfants à partir seul de l'accueil de loisirs à<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

autorise mon enfant<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ à venir chercher son frère ou sa sœur

autorise à venir chercher mon enfant (***numéro de téléphone obligatoire pour chaque personne***).

Mme ou M. \_\_\_\_\_ Lien de Parenté \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

Mme ou M. \_\_\_\_\_ Lien de Parenté \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

Mme ou M. \_\_\_\_\_ Lien de Parenté \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Rayer la mention inutile

<sup>2</sup>Préciser l'heure de départ

<sup>3</sup>A partir de 12 ans

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_



Signature

**\*Décret du 25 janvier 2018** relatif à la vaccination obligatoire : Antidiphthérique - Antitétanique - Antipoliomyélitique - Contre la coqueluche - Contre les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b - Contre le virus de l'hépatite B - Contre les infections invasives à pneumocoque - Contre le méningocoque de sérogroupe C - Contre la rougeole - Contre les oreillons -

**Remarque importante** : Les renseignements portés sur cette feuille, et particulièrement les coordonnées téléphoniques, doivent toujours être à jour. Toute modification devra être portée à la connaissance du Centre Social. Dans le cas contraire, le Centre Social Bozouls déclinera toute responsabilité en cas d'impossibilité de contacter les parents ou tout autre personne désignée.